

AGRESİF KLİNİK SEYİRLİ EVRE IA ENDOMETRİOİD TİP ENDOMETRİUM KARSİNOMU: OLGU SUNUMU

Dr. Mete Çağlar, Dr. Cihan Toğrul, Dr. Eralp Başer, Dr. Zeynep Yoldaş, Dr. Tayfun Güngör

ÖZET

Tüm jinekolojik malignitelerde olduğu gibi, endometrium kanserlerinde lenf nodu metastazı sağ kalımı olumsuz yönde etkilemektedir. Nodal tutulum için en önemli risk faktörleri tümörde yüksek histolojik grade, seröz papiller veya berrak hücreli histolojik tip, derin (>1/2) myometrial invazyon bulunması, tümör çapının 2 cm'den büyük olması ve alt uterin segment tutulumu olmasıdır. Bu olgu sunumunda, yukarıda sayılan risk faktörlerinden hiçbirine sahip olmayan, ancak ilk tanı anında retroperitoneal lenf nodu metastazı bulunan, ve primer tedavi sonrası ilk 1 yıl içinde peritoneal ve retroperitoneal rekürrens gelişen grade 1 endometrioid tip endometrium karsinomu olgusu sunulacaktır.

Anahtar Kelimeler: Endometrium Kanseri; Erken Evre; Lenfadenektomi; Rekürrens; Sekonder Sitoreduksiyon.

ABSTRACT

As with all gynecologic malignancies, lymph node metastasis has an adverse effect on survival. Most important risk factors for nodal involvement include high histological grade, serous papillary or clear cell histology, deep (>1/2) myometrial invasion, tumor size larger than 2 cm and lower uterine segment involvement. In this case report, we present a case of grade 1 endometrioid type endometrial carcinoma with none of these risk factors, who had not only retroperitoneal lymph node metastasis at the time of initial diagnosis, but also had peritoneal and retroperitoneal recurrence within 1 year of primary treatment.

Key Words: Endometrial Cancer; Early Stage; Lymphadenectomy; Recurrence; Secondary Cytoreduction.

GİRİŞ

Endometrium kanserinde pelvik ve paraaortik lenf nodlarındaki metastaz durumu, en önemli prognostik faktörlerdendir. Yapılan araştırmalarda, lenf nodu metastazı için yüksek risk faktörleri belirlenmiştir. Bunlar arasında histolojik tip (seröz papiller ve berrak hücreli), yüksek tümör grade'i, myometriyumun %50'sinden fazlasına invazyon olması, tümör

çapının 2 cm'den büyük olması ve alt uterin segment tutulumu sayılabilir. Özellikle düşük dereceli tümörlerde (grade 1), myometriyal invazyon yoksa pelvik veya paraaortik lenf nodu tutulum riski %0 olarak bildirilmiştir (1). Bu yazıda endometrioid tip, grade 1, myometriyal invazyon bulunmayan, ancak pelvik lenf nodu metastazı ve sonrasında erken dönemde rekürrens gelişen bir endometrium kanseri olgusu sunulacaktır.

Geliş tarihi: 13/03/2012

Kabul tarihi: 14/04/2012

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Bölümü

İletişim: Dr. Eralp Başer

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Bölümü, Altındağ-ANKARA

Tel: 0530 460 27 74

E-Posta: eralpbaser@gmail.com

OLGU SUNUMU

68 yaşında G0P0, 16 yıldır menopozda olan hasta kliniğimize postmenopozal kanama şikayeti ile başvurdu. Yapılan bimanuel pelvik muayenede uterus 8 haftalık gebelik cesametindeydi. Pelvik ultrasonografide (USG) endometrium çift duvar kalınlığı 14 mm idi. Adneksiyel patoloji saptanmadı. Alınan endometrial biyopsi sonucu endometrium adenokarsinomu olarak rapor edildi. Hastaya evreleme cerrahisi (total abdominal histerektomi, bilateral salpingo-oo-forektomi, pelvik-paraaortik lenf nodu diseksiyonu, infrakolik omentektomi) yapıldı. İntraoperatif komplikasyon olmadı. Patolojik inceleme sonucu endometrioid karsinom, grade 1, tümör endometriuma sınırlı olarak raporlandı. Tümörün en geniş çapı 5 mm idi. Myometrial invazyon, servikal tutulum ve lenfovasküler alan tutulumu yoktu. İki adet sağ obturator lenf nodunda, 2 adet de sağ ana iliak lenf nodunda metastatik lenf nodu saptandı FIGO evre III C1 (FIGO 2009) olarak kabul edildi. Radyasyon onkolojisi bölümüne hastaya adjuvan radyoterapi uygulanması planlandı, ancak hasta radyoterapiyi reddetti. Üç ayda bir yapılan kontrolleri normal seyreden hastanın, operasyondan 12 ay sonraki takibinde CA 125: 272 IU/ml, CA 19-9: 82 IU/ml olması üzerine rekürrens şüphesiyle pozitron emisyon tomografi (PET) istendi. PET’de abdomende hipogastrik mesafeden başlayan T12-L4 düzeylerine kadar devam eden en büyüğü 32 mm çaplı olmak üzere bilateral paraaortik, prekaval, retrokaval, bir kısmı konglomere görünümlü multipl patolojik artmış ¹⁸F-FDG tutulumu izlendi (SUVmax:12.7), mezenterik yağ planları içerisinde en büyüğü 16 mm çaplı birkaç adet lenf nodunda artmış ¹⁸F-FDG tutulumu izlendi (SUVmax: 12.6). Hastaya sekonder sitoredüksiyon planlandı. Laparotomide transvers kolon mezenterinden 8 adet, çapları 0.5-1 cm arasında değişen tümöral kitleler eksize edildi. Ayrıca paraaortik bölgeden 5 adet metastatik lenf nodu eksize edildi. Patolojik inceleme sonucu endometrioid karsinom rekürrensi ile uyumlu olarak rapor edildi. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmemesi üzerine, hasta taburcu edildi. Hastaya adjuvan tedavi (hormonal+radyoterapi) verilmesi kararlaştırıldı.

TARTIŞMA

Bu olgu sunumunda, endometriumda sınırlı, grade 1, endometrioid tip bir endometrium karsinomu

olgusunda gelişen pelvik lenf nodu metastazı ve tedavi sonrasında erken dönemde gelişen abdominal rekürrens sunulmuştur. Bu olgu, yukarıda sayılan nodal tutulum risk faktörlerinden hiç birine sahip olmaması nedeniyle ilgi çekicidir. Daha önce yapılan çalışmalarda, bu olgulardaki lenf nodu metastazı riski %0 olarak bildirilmiştir (1). Daha da ilgi çekici olarak, cerrahi tedaviden 1 yıl sonra hastada peritoneal yüzeyler ve retroperitoneal lenf nodlarında rekürrens gelişmesidir. Bu şekliyle tümörün seröz papiller ve berrak hücreli karsinom gibi agresif tümörlere benzer bir klinik seyir gösterdiği düşünülmektedir. Olgumuz, çok nadir de olsa yüksek riskli özelliklere sahip olmayan tümörlerde de agresif bir seyir olabileceğini göstermesi açısından önemlidir.

Endometrium kanserinde lenf nodu tutulumunda esas belirleyici olan faktörler tümör evresi ve derecesidir (grade). İyi diferansiye ve yüzeysel myometriyal invazyon olan hastalarda lenf nodu tutulumu riski %3 kadarken, kötü diferansiye ve derin myometriyal invazyon gösteren olgularda bu oran %20'lere varmaktadır (2). Lenf nodlarında metastaz bulunması durumunda 5-yıllık sağ kalım %44-52'lere düşmektedir. Buna karşın, erken evre endometrium kanserlerinde sistematik lenfadenektominin genel sağ kalıma etkisi olmadığı bildirilmiştir (3, 4). Bazı otörler tarafından, özellikle düşük dereceli endometrium kanseri olgularında sistematik lenfadenektomi yerine seçici pelvik-paraaortik lenf nodu örneklemesi yapılması önerilmektedir. Bu yaklaşıma gerekçe olarak, sistematik lenfadenektominin onkolojik sonuçlar üzerine ek bir getirisi olmaması ve lenfödem gibi komplikasyonların görülme riskinin artması gösterilmektedir (5, 6). Erken evre endometrium kanserlerinde lenfadenektomiye yaklaşımla ilgili pek çok süregelen çalışma olup, bu konuda yapılacak yeni yayınlara ihtiyaç vardır (4, 7).

Rekürren endometrium kanserlerinde tedavi, rekürrens lokalizasyonu ve primer tedavi yöntemine bağlıdır. Bu olgularda cerrahi, hormonal tedavi, kemoterapi veya radyoterapi kullanılabilir. Vajinal kaf bölgesinde sınırlı olgular dışında kür şansı azdır. En iyi prognoza sahip olgular, vajinal kaf bölgesinde sınırlı ve endometrioid histolojiye sahip olanlardır. İlk tedavi sonrasında radyoterapi uygulanmıyorsa, bu olgularda ilk seçenek radyoterapi olmalıdır. Olgumuzda rekürrens peritoneal yüzeyler ve retroperitoneal lenf nodlarında saptanmıştır. Bu neden-

le öncelikle sekonder sitoredüktif cerrahi yaklaşımı uygulanmış, ardından sistemik tedavi ve radyoterapi uygulanması planlanmıştır.

Özetle, endometrium karsinomlarında, tümör düşük dereceli, endometriuma sınırlı ve küçük çapta da olsa, çok nadiren agresif bir seyir gösterebilmektedir. Bu agresif klinik davranışın hangi olgularda gerçekleşeceğini önceden tahmin etmek bugün için mümkün değildir. Bu nedenle tüm hastalar özellikle ilk 2 yıl yakın takip edilmeli, rekürrens şüphesi oluşması durumunda erken tanı ve tedavi şansı sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Creasman WT, Morrow CP, Bundy BN, Homesley HD, Graham JE, Heller PB. Surgical pathologic spread patterns of endometrial cancer. A Gynecologic Oncology Group Study. *Cancer*. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 1987 Oct 15;60(8 Suppl):2035-41.
2. Boronow RC, Morrow CP, Creasman WT, Disaia PJ, Silverberg SG, Miller A, et al. Surgical staging in endometrial cancer: clinical-pathologic findings of a prospective study. *Obstet Gynecol*. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 1984 Jun;63(6):825-32.
3. Kitchener H, Swart AM, Qian Q, Amos C, Parmar MK. Efficacy of systematic pelvic lymphadenectomy in endometrial cancer (MRC ASTEC trial): a randomised study. *Lancet*. [Multicenter Study Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2009 Jan 10;373(9658):125-36.
4. Aalders JG, Thomas G. Endometrial cancer—revisiting the importance of pelvic and para aortic lymph nodes. *Gynecol Oncol*. [Review]. 2007 Jan;104(1):222-31.
5. Todo Y, Yamamoto R, Minobe S, Suzuki Y, Takeshi U, Nakatani M, et al. Risk factors for postoperative lower-extremity lymphedema in endometrial cancer survivors who had treatment including lymphadenectomy. *Gynecol Oncol*. 2010 Oct;119(1):60-4.
6. Abu-Rustum NR, Alektiar K, Iasonos A, Lev G, Sonoda Y, Aghajanian C, et al. The incidence of symptomatic lower-extremity lymphedema following treatment of uterine corpus malignancies: a 12-year experience at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. *Gynecol Oncol*. 2006 Nov;103(2):714-8.
7. Homesley HD, Kadar N, Barrett RJ, Lentz SS. Selective pelvic and periaortic lymphadenectomy does not increase morbidity in surgical staging of endometrial carcinoma. *Am J Obstet Gynecol*. 1992 Nov;167(5):1225-30.